

כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il  
 מספר פקס: 03-7348597  
 למשלוח דואר: דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802.  
 מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים - 1-700-702-870. השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

שם המבוטח..... מספר ת.ז. ....

| פרטי איש קשר  |          |              |       |       |
|---|----------|--------------|-------|-------|
| שם פרטי   |          | שם משפחה     |       |       |
| טלפון   |          | ת.ז. איש קשר |       |       |
| כתובת דוא"ל   |          | טלפון נייד   |       |       |
| @   |          |              |       |       |
| כתובת מלאה  |          |              |       |       |
| רחוב  | מס' הבית | שכונה        | יישוב | מיקוד |
| הקרבה למבוטח  |          |              |       |       |
| איש הקשר אינו משום מיופה כוח או אפוטרופוס מבחינה משפטית ומשמש כתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח ולקבלת מידע בקשר עם התביעה. מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמיופה כוח, יעביר ייפוי כוח חתום או צו מינוי אפוטרופוס על-ידי בית המשפט. |          |              |       |       |
| <b>הערה חשובה:</b><br>על מנת שנוכל לטפל בתביעה בצורה יעילה ומהירה, נבקש להעביר למשרדנו טופס זה מלא וחתום וכן טופס ויתור על סודיות רפואית.   |          |              |       |       |

| ב   | הצהרה                                       |
|---|---|
| אני ה"ח"מ, מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ואני מאשר/ת מסירת מידע מכל סוג לאיש הקשר המפורט לעיל. | תאריך..... חתימת התובע/ת (מבוטח/אפוטרופוס)* |

\*ללא חתימה כנדרש לא נוכל לפעול מול איש הקשר.